

ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO  
DEPARTAMENTO DE SALUD  
JUNTA DENTAL EXAMINADORA

SOLICITUD DE EXAMEN Y LICENCIA PARA EJERCER LA PROFESION DE  
**ASISTENTE DENTAL**

DECLARACION JURADA

COMPARECE \_\_\_\_\_  
Nombre completo del solicitante

Seguro Social \_\_\_\_\_ e identificado mediante

\_\_\_\_\_  
Clase de identificación

\_\_\_\_\_  
Número

Y DEBIDAMENTE JURAMENTADO-----

Expone que es la persona a quien se refiere esta solicitud y que las declaraciones que la misma contiene son verídicas y que la fotografía adjunta muestra su parecido y fue tomada recientemente.

Acepta que entiende que ofrecer declaración falsa en esta o con esta solicitud será causa suficiente para que la **JUNTA DENTAL EXAMINADORA** pueda denegar la misma, o para revocar la licencia después de expedida o para penalizar a la persona que haya declarado falsamente.

Autoriza a cualquier persona, corporación, institución, agencia o entidad pública o privada, para que ofrezca a la **JUNTA DENTAL EXAMINADORA** cualquier información que requiera sobre su persona y/o para ampliar, aclarar o corroborar la información ofrecida en esta o con esta solicitud.

\_\_\_\_\_  
Firma del solicitante

Jurado y suscrito ANTE MI, hoy \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_,

en \_\_\_\_\_.

AFIDAVIT NUM: \_\_\_\_\_

SELLO DEL  
NOTARIO

\_\_\_\_\_  
Firma del Notario

NOMBRE DEL SOLICITANTE: \_\_\_\_\_  
Apellido paterno                      Apellido materno                      Nombre                      Inicial

DIRECCION PERMANENTE: \_\_\_\_\_  
Núm. y Calle                      Barrio o Urbanización                      Pueblo                      ZipCode

DIRECCION POSTAL: \_\_\_\_\_

TELEFONOS:                      RES. \_\_\_\_\_                      OTROS: \_\_\_\_\_



## REQUISITOS PARA EJERCER LA PROFESION DE ASISTENTE DENTAL EN PUERTO RICO

De acuerdo con la Ley 75 de agosto de 1925, según enmendada por la Ley 74 de junio de 1971 y el Reglamento de la Junta Dental Examinadora, el solicitante a examen y licencia como Asistente Dental debe reunir los siguientes requisitos y presentar evidencia.

1. Tener dieciocho años de edad
2. Ser ciudadano americano o residente legal de Puerto Rico
3. Gozar de buena conducta
4. Ser graduado de una escuela superior reconocida por el Departamento de Educación, o poseer un equivalente
5. Ser graduado de un curso de Asistente Dental de una escuela, colegio o institución reconocida por el Departamento de Educación o de una escuela, colegio o institución de Estados Unidos que sea acreditada

### DOCUMENTOS QUE EL SOLICITANTE DEBE PRESENTAR CON LA SOLICITUD

1. Solicitud cumplimentada en todas sus partes, juramentada ante notario público y con su fotografía adherida en el espacio provisto
2. Certificado de nacimiento en original.

**Solicitantes extranjeros deben proveer su número de Tarjeta de Residente o del Certificado de Naturalización y presentar el documento para verificación**

3. Certificado de Antecedentes Penales expedido por la Policía de Puerto Rico dentro de los seis (6) meses anteriores a la fecha en que presenta su solicitud.
4. Original y copia del diploma o certificado de escuela superior. La copia será verificada y el original devuelto al solicitante. **En caso de que no pueda presentar el diploma o certificado, éstos pueden ser sustituidos por una transcripción oficial de créditos en original.**
5. Transcripción oficial de créditos y Certificado de Graduación del curso de Asistente Dental. **Estos deben ser enviados por la institución directamente a la oficina de la Junta.**
6. Giro postal o bancario por la cantidad de \$5.00, pagadero al Secretario de Hacienda de Puerto Rico.

### INFORMACION GENERAL

1. **MANUAL DE INFORMACION:** Todo solicitante debe asegurarse de obtener el **MANUAL DE INFORMACION PARA EJERCER LA PROFESION DE ASISTENTE DENTAL Y ASISTENTE DENTAL CON FUNCIONES EXPANDIDAS**, disponible en la oficina de la Junta a un costo de \$5.00. Esta cantidad puede incluirse con el pago de derechos de examen y licencia.
2. **No se dará curso a solicitudes de aspirantes que a la fecha límite para radicar la solicitud no hayan presentado todos los documentos que acrediten que el aspirante cumple con todos los requisitos de admisión a examen, según éstos detallados en este documento.** Manténgase atento a la prensa para conocer las fechas de convocatorias o solicite información a la oficina de la Junta Dental Examinadora. (Ordinariamente se ofrece una convocatoria entre los meses de abril-mayo y octubre-noviembre de cada año).
3. La oficina de la Junta Dental Examinadora radica en la Ave. Roberto H. Todd #800, Oficina 202, Pda. 18, Santurce, Puerto Rico, (altos de Western Auto).

**Dirección Postal:** JUNTA DENTAL EXAMINADORA  
P. O. BOX 10200  
SAN JUAN, P.R. 00908

**Teléfono:** 725-8161

**HOJA DE EVALUACION Y COTEJO - PARA USO EXCLUSIVO DE LA JUNTA**

FECHA DE RECIBO DE LA SOLICITUD: \_\_\_\_\_

ESTA SOLICITUD HA SIDO:

**APROBADA PARA EXAMEN**

**DENEGADA**

\_\_\_\_\_  
**Presidente**

\_\_\_\_\_  
**Presidente**

\_\_\_\_\_  
**Miembro**

\_\_\_\_\_  
**Miembro**

\_\_\_\_\_  
**Miembro**

\_\_\_\_\_  
**Miembro**

\_\_\_\_\_  
**Miembro**

\_\_\_\_\_  
**Miembro**

\_\_\_\_\_  
**Fecha de Evaluación**

**RAZON:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
**Fecha aprobación del examen**

\_\_\_\_\_  
**Número de licencia expedida**

\_\_\_\_\_  
**Fecha de la licencia**